

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 143

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉSORPTION SPONTANÉE

DANS

L'EMPYÈME A PNEUMOCOQUES

DE LA SECONDE ENFANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BLANCHET

Né à Lyon, le 20 Mai 1878



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^e, SUCCESSIONS DE MOUGIN-RUSAND

3, Rue Stella, 3

1903

Contribution à l'Étude de la Résorption spontanée

DANS

l'Empyème à Pneumocoques de la Seconde Enfance

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1902-1903 — N° 143

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

RÉSORPTION SPONTANÉE

DANS

L'EMPYÈME A PNEUMOCOQUES

DE LA SECONDE ENFANCE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 21 Février 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Henri BLANCHET

Né à Lyon, le 20 Mai 1878



LYON

IMPRIMERIE WALTENER & C^{ie}, SUCCESEURS DE MOUGIN-RUSAND

3, Rue Stella, 3

1903

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
X. QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales	FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	GAYET.
Physique médicale	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	WEILL.
Matière médicale et Botanique	MONOYER.
Parasitologie	HUGOUNENQ.
Anatomie	CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.	FLORENCE.
Physiologie.	LORTET.
Pathologie interne	TESTUT.
Pathologie externe.	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales	MORAT.
Anatomie pathologique	TEISSIER.
Médecine opératoire	AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	MAYET.
Médecine légale	TRIPIER.
Hygiène	POLLOSSON (M.)
Thérapeutique.	ARLOING.
Pharmacologie	LACASSAGNE.
	COURMONT (J.)
	SOULIER.
	X...

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes.	MM. POLLOSSON(A.) agrégé
Maladie des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BÉRARD.	VILLARD.
COLLEL.	DURAND.	SAMBUÇ.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVIOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLAS.			

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. WEILL, Président; M. ROUX, Assesseur;
MM. SIRAUD et P. COURMONT, Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propre à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

A la fin de nos études, nous sommes heureux de remercier les Maîtres qui nous ont donné leur précieux enseignement.

M. le professeur agrégé SIRAUD nous a témoigné depuis le commencement de nos études une sympathie que nous n'oublierons jamais.

M. le D^r MOLLARD nous a accueilli dans son service avec bienveillance, nous a enseigné la base de la clinique, l'examen attentif et patient des malades, et a bien voulu nous garder une petite place dans son souvenir : nous lui en gardons une grande reconnaissance.

C'est pour nous un devoir très agréable de remercier aussi très vivement de son enseignement et de son amabilité M. le D^r LYONNET que nous avons connu dans ce même service de la Croix-Rousse.

Durant un semestre passé à la Clinique des Maladies des Femmes, nous avons pu apprécier la bienveillance et l'amitié des docteurs REPÉLIN, QUINCIEU et LUCIEN LAROYENNE, dont nous conserverons un excellent souvenir.

M. le professeur WEILL, enfin, dans la Clinique duquel

nous avons terminé nos études, nous a accueilli avec bonté, s'est efforcé de nous instruire dans la médecine infantile et nous a donné une preuve de confiance et d'intérêt, en nous offrant pour notre thèse le développement d'une opinion que nous lui avons souvent entendu émettre. Nous ne l'oublierons jamais.

Nous conserverons de M. le Dr THÉVENET, chef de Clinique infantile, qui, en toute circonstance, nous a témoigné beaucoup d'intérêt, un souvenir reconnaissant.

MM. les Drs PÉHU, chef de Laboratoire, et DESCOS, ancien interne de la Clinique, nous ont toujours témoigné leur sympathie, nous sommes heureux de les en remercier ici.

Contribution à l'Etude de la Résorption spontanée

DANS

L'EMPYÈME À PNEUMOCOQUES

DE LA SECONDE ENFANCE

La résorption spontanée des épanchements purulents à pneumocoques de la seconde enfance est une question très controversée encore à l'heure actuelle. La majorité des auteurs y est opposée ou tout au moins n'y accorde pas grand crédit, beaucoup même déclarent ne pas l'avoir observée par eux-mêmes et nous citerons tout à l'heure les lignes qu'ils y ont consacrées. M. le professeur Weill, à qui nous devons l'inspiration de ce travail, a été plus heureux et a pu observer plusieurs cas de guérison spontanée d'empyèmes à pneumocoques dans la seconde enfance. Nous même, dans sa Clinique, avons pu observer un cas, au moins, très net de ce mode de guérison. Nous avons pu réunir ainsi cinq cas, que nous discuterons ultérieurement, à l'appui de la thèse que nous soutenons, à savoir que la résorption spontanée est un mode de guérison, non seulement possible très exceptionnellement, mais encore réel et suffisamment fréquent pour qu'on puisse peut-être en tirer quelque

profit pour le traitement de l'empyème infantile à pneumocoques dans la seconde enfance.

Nous avons classé par ordre chronologique les différentes œuvres qui ont envisagé la résorption, estimant que c'était le procédé de choix pour bien observer l'évolution des idées sur cette importante question.

Parmi les auteurs antérieurs à 1870, nous citerons la thèse de Baron (1841) qui admettait, croyons-nous, la résolution spontanée. La bibliothèque ne possédant pas cet ouvrage, nous n'avons pu le consulter. Les traités de Billard, de Berton (1842), de Barrier (1845), réunissent en un seul article toutes les pleurésies et il est très difficile de savoir si la résorption qu'ils admettent en général pour la pleurésie s'étend dans leur esprit à l'empyème. Berton dit pourtant à ce sujet : « L'opération de l'empyème doit être pratiquée, lorsqu'après avoir usé de tous les moyens d'une sage thérapeutique, les malades sont près de suffoquer. »

La thèse de Verliac, en 1865, ne donne aucune indication intéressante sur la résorption de l'empyème.

Quant à la thèse d'agrégation de Damaschino (1869) sur : La pleurésie purulente dans le jeune âge, nous n'avons pas pu non plus nous la procurer.

En 1869, Vogel de Darport, dans ses *Lehrbuch der Kinderkrankheiten*, dit : « Chez les enfants plus âgés, les empyèmes ne sont pas rares, se résorbent assez vite s'il n'y a pas de complications et ne laissent à leur suite aucune difformité du thorax. Si une forte quantité de liquide purulent s'est accumulée dans une cavité pleurale et résorbée par la suite, condition qui ne se rencontre que chez les enfants âgés de plusieurs années, il se

développe chez eux un habitus pareil à celui qui devient si frappant chez les adultes. Sur le côté malade, l'épaule s'abaisse, la fesse remonte légèrement, toute la moitié correspondante du thorax est aplatie et enfoncée, surtout entre la cinquième et la huitième côte, et la colonne vertébrale subit une courbure latérale dont la concavité se dirige du côté malade et la convexité du côté sain. Naturellement, il existe aussi une courbure compensatrice des vertèbres lombaires. A mesure que les enfants se rétablissent et se fortifient, ces courbures s'effacent presque complètement au bout de quelques années, résultat qu'une gymnastique rationnelle tend à favoriser essentiellement. La marche et les terminaisons de la pleurésie sont très variées. La pleurésie aiguë primitive telle qu'elle envahit quelquefois les enfants sains déjà d'un certain âge n'est pas à vrai dire une maladie dangereuse malgré l'abondance de l'exsudat qui remplit toute la cavité correspondante de la plèvre jusqu'au sommet du poumon. Au bout d'un à deux mois, la résorption commence et si l'enfant est sain d'ailleurs, elle est achevée au bout de trois mois. Même l'habitus que la résorption de l'empyème laisse à sa suite peut de nouveau s'effacer après un certain nombre d'années. Les empyèmes enkystés qui chez les adultes peuvent persister pendant dix ou vingt ans ne se rencontrent pas chez les enfants chez lesquels la résorption se fait avec une rapidité proportionnée à celle du développement physiologique. »

Peter, dans ses *Leçons de Clinique Médicale* (1873), accuse l'expectation de laisser transformer en purulentes des pleurésies franches et appelle cette méthode le

traitement « par la contemplation ». Après avoir cité deux cas d'enfants non opérés malgré des signes d'oppression et d'hecticité, il dit : « Ainsi moururent de pleurésie purulente deux enfants qui ne périrent que parce qu'on avait trop compté sur la nature : laquelle est comme le ciel qui n'aide que ceux qui s'aident eux-mêmes. » Et ailleurs : « Quant au traitement de la pleurésie purulente, il doit être exclusivement chirurgical. »

Le Dr Charles West dans son *Traité sur les maladies des enfants*, Londres 1875, admet la possibilité exceptionnelle de la résorption : « Quand le liquide est ou devient purulent très rapidement, il est très peu disposé à se laisser résorber bien qu'il ne soit nullement impossible qu'il le soit comme on l'a d'abord pensé. Dans ces circonstances nous voyons la succession des faits se présenter à peu près comme il suit : après l'attaque aiguë qui a donné lieu à l'épanchement du liquide, les symptômes les plus actifs tombent, la fièvre diminue et l'enfant entre dans une demi-convalescence ». Ailleurs il dit : « Je ne crois pas que tant que l'état de l'enfant s'améliore ou au moins ne se détériore pas, que la température qui tombe après les premiers temps d'une pleurésie aiguë n'a pas commencé à s'élever de nouveau ; que la respiration n'est pas plus accélérée ni la toux plus fatigante ; que les parois thoraciques ne sont pas devenues plus sensibles, ni les veines superficielles plus dilatées, qu'il n'y a nulle part de signe de la formation d'un abcès, tandis que la mensuration exacte de la poitrine indique que le liquide épanché n'augmente pas. nous pouvons persévérer dans l'emploi des moyens

déjà indiqués. Si quelqu'une de ces conditions cesse il faudra intervenir et évacuer le contenu ».

En 1877, Bouchut, dans son *Traité pratique des maladies des enfants*, dit : « La pleurésie primitive aiguë ou chronique des enfants à la mamelle est une maladie fort grave, qui se termine rarement par résolution et qui entraîne souvent la mort dans le marasme ou par asphyxie. Deux enfants que j'ai observés à l'hôpital Necker ont succombé sans qu'il ait été possible d'arrêter la marche fatale de la maladie. Il n'en est pas de même chez les enfants plus avancés en âge : la terminaison par résolution est alors beaucoup plus fréquente, ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de le constater en ville ou dans mon service et comme on peut le voir par la lecture des travaux de Baron, Barrier, Rilliet et Barthez ».

En 1878, dans le *Handbuch der Kinderkrankheiten (Tübingen)* de Gebrardt, le Dr Otto Leichtenstern refuse de croire à l'absorption du pus par la plèvre et affirme, sans d'ailleurs apporter de preuves ni observations, que les prétendues guérisons par résorption spontanée sont dues à des vomiques inaperçues.

« Tandis que les exsudats séreux, séro-fibrineux ou même séro-purulents, conformément à l'expérience, peuvent se résorber complètement, de même des difficultés insurmontables s'opposent à la résorption des exsudats purulents comme à la résorption spontanée du pus dans les grands abcès sous-cutanés. L'évacuation du pus, chirurgicale ou par un processus spontané, est la condition sine qua non de la guérison. La rupture de l'empyème au dehors se fait soit à travers un espace

intercostal, soit dans le bronches du poumon comprimé et à la vérité d'une manière semblable à la rupture spontanée d'un abcès. Un autre processus de la guérison est la résorption ; elle survient seulement dans les exsudats séreux et séro-fibrineux quelquefois aussi dans les séropurulents. Le poumon est des quatre parois de l'exsudat (thorax, médiastin, poumon et diaphragme) la plus souple, aussi se dilate-t-il sous l'influence de la pression négative de la résorption, aidé par les forces respiratoires qui agissent sur lui et peu à peu il revient à l'état primitif. La sortie du pus (dans la vomique) a coutume d'être très nette au début ; aussitôt après la perforation, je vis, dans un cas, dans l'espace d'une heure évacuer environ un quart de litre de pus. Mais déjà dans les heures qui suivent la perforation l'évacuation se modère ; il s'ensuit de là qu'elle passe tout à fait peu à peu et acquiert par ce long retard dans les bronches tous les caractères d'une légère expectoration purulente nummulaire, d'une expectoration qui accidentellement pourra être supposée venir d'une forme bronchorrhéique de la bronchite chronique, d'une bronchectasie. Les faits de cette nature sont fréquemment méconnus : on conclut à tort, de cette expectoration purulente, à un catarrhe bronchique accompagnant l'empyème avec une abondante sécrétion purulente. Pendant cette expectoration purulente continue la cavité de l'empyème devient peu à peu, plus petite, le poumon se dilate de nouveau ou bien il se forme un rétrécissement. J'ai la ferme conviction que dans tous les cas où on a vu un empyème, constaté sûrement pendant son développement, et aperçu disparaître sans évacuation au dehors et soi-

disant guéri par résorption, il est intervenu une expectoration du pus de l'empyème tout à fait insensible et restée inobservée, par où la cavité de l'abcès ouvert et longtemps contenu s'était frayé ce chemin de guérison que nous avons dépeint déjà d'une façon détaillée. Dans la majorité des cas de décharge de l'empyème par le poumon, il n'arrive jamais pendant le cours de la guérison d'observer l'accumulation de l'air dans la cavité pleurale, jamais de pyopneumothorax. Le traitement opératoire est toujours, et sans restriction, indiqué quand on se trouve en présence d'un exsudat purulent. L'empyème n'est autre chose qu'un gros abcès ; il est reconnu qu'il ne guérit que si on procure un écoulement au pus. La résorption spontanée ne survient jamais ici : les prétendus cas déjà cités à ce sujet étaient des empyèmes qui avaient guéri à la suite d'une évacuation interne par une expectoration progressive du pus. Nous copions en pareil cas par notre opération, la guérison de la nature qui ne connaît pour un abcès qu'un moyen, celui de l'évacuation. L'opération est indiquée d'une façon d'autant plus urgente, quand la fièvre hectique reste élevée et que la déchéance des forces du malade s'affirme de semaine en semaine ».

Nous aurions voulu citer après cette opinion la réfutation de cette théorie faite par Cabot dans la *Cyclopedia of the diseases of Children* de Keating. Malheureusement nous n'avons pu nous la procurer.

En 1880, Johann Steiner, dans son *Compendium des maladies des enfants*, dit : « Les épanchements purulents (empyèmes) aussi bien ceux qui sont libres dans la cavité que ceux qui sont enkystés peuvent se résor-

ber ou bien ils se terminent après une longue durée par perforation de la paroi thoracique, par ouverture dans les poumons et les bronches. Les épanchements purulents volumineux, qui se forment promptement, dûs principalement à l'infection pyhémique, conduisent la plupart du temps à la mort ». Après indication du traitement médical, du régime de repos, de modération et de douceur, il dit : « L'indication d'une fièvre élevée faisant soupçonner l'existence d'un épanchement purulent, c'est d'employer à haute dose la quinine ou le salicylate de soude. Les épanchements volumineux qui s'établissent avec une telle violence qu'il se manifeste aussitôt des accidents de suffocation nécessitent l'intervention prompte de la thoracentèse ». Nous avons lu l'article de Simmonds dans les *Archiv. für Klinick med.*, 1884, sur l'empyème et son traitement, nous n'avons rien trouvé concernant la résorption. Dans les prétendus cas de résorption il est de l'avis de Leichtenstern, qui croit à une vomique ignorée.

En 1884 dans leur *Traité clinique et pratique des maladies des enfants* de Rilliet et Barthez, Barthez et Sanné s'expriment ainsi : « Lorsque la pleurésie purulente est abandonnée à elle-même la mort est de beaucoup la terminaison la plus fréquente. Sur trente-trois cas d'emphyème non opéré, vingt et un se terminèrent par la mort, quatre guérirent, huit nous échappèrent plus ou moins compromis sans que nous ayons pu connaître l'issue de la maladie. Lorsque, disent-ils, le foyer est modique et est circonscrit par des fausses membranes épaisses il peut se résorber graduellement sans provoquer de troubles graves dans l'économie et la guérison peut

être obtenue. Nous n'avons jamais observé par nous même de cas de ce genre ; leur possibilité a été admise par les auteurs ; sans le nier absolument, nous ne voudrions pas nous en porter garants vu l'insuffisance trop fréquente du diagnostic en pareil cas. Faisons exception cependant pour un fait cité par M. Moutard-Martin chez l'adulte de résorption sans évacuation et dans lequel le diagnostic était rendu indiscutable, par une ponction exploratrice..... Si l'épanchement existe en grande abondance, si les fausses membranes pleurales sont minces ou peu résistantes, le passage dans la circulation d'une notable quantité de pus infecte l'organisme et produit les symptômes de la fièvre hectique. Le malade succombe alors au bout d'un temps plus ou moins long, soit à l'infection putride, soit à une infection purulente qui engendre des abcès des différentes parties du corps. La dégénérescence amyloïde des reins et du foie ainsi que la tuberculose peuvent aussi porter au malade les derniers coups..... Lorsque l'épanchement prend la forme chronique il constitue une collection purulente plus ou moins vaste, qui doit être évacuée sous peine d'infecter l'organisme et de déterminer la mort. Les cas absolument exceptionnels de guérison par résorption ne nous permettent pas de modifier cette proposition. Dans tous les cas la facilité de la guérison dépend de l'abondance de l'épanchement. Il va de soi qu'une pleurésie partielle guérira spontanément avec beaucoup plus de facilité qu'une pleurésie générale avec épanchement considérable. Cette dernière y aura d'ailleurs beaucoup de peine.

Dès que le diagnostic est posé et que l'examen clinique

ou la ponction exploratrice ont fait reconnaître la présence du pus dans la plèvre, ce liquide doit être évacué sans retard. Le traitement médical n'a aucune prise sur le mal et ne peut se flatter de provoquer la résorption du pus. Tout délai est préjudiciable au malade et ne peut que rendre moins favorable l'action du traitement en laissant les symptômes généraux s'aggraver, les sueurs profuses augmenter, les fonctions digestives se détériorer et la cachexie devenir irrémédiable. Non pas que la médication interne soit inutile, bien au contraire, mais seulement à titre d'adjuvant du traitement chirurgical.

A ceux qui conseillent d'attendre que la nature médicatrice fasse son œuvre, on peut répondre que cet effort spontané ne se produit pas toujours, qu'il peut tarder jusqu'au moment où le malade est déjà épuisé, où le poumon est devenu imperméable sans espoir de retour, où il s'est formé des tubercules qu'une durée moins longue de la maladie eût pu prévenir : on peut répondre encore que l'action de la nature est trop souvent insuffisante et que l'on n'a rien à gagner en laissant se former de vastes suppurations dans le tissu cellulaire thoracique et des perforations multiples dans les espaces intercostaux. »

En 1885 le Dr Hénoc à Berlin, dans ses *Leçons cliniques sur les maladies des enfants* : « Dès qu'on s'aperçoit que le liquide aspiré est purulent il faut aussitôt renoncer à la méthode expectante et pratiquer l'évacuation artificielle. Si l'on tardait davantage on s'exposerait à voir le pus faire issue à travers la paroi thoracique ou le poumon, l'enfant s'épuiser par la persistance de la fièvre hectique ou dans les cas les plus favorables le

pus s'épaissir et laisser des reliquats caséeux dans la cavité thoracique, lesquels peuvent devenir plus tard le point de départ d'une tuberculose miliaire. J'ai vu une seule ponction suffir à la guérison dans deux cas d'exsudat purulent (dont l'un suite de scarlatine). Je ne saurais assez insister pour vous engager à pratiquer l'opération sans retard dès que la nature purulente de l'exudat est établie d'une manière certaine et que vous reconnaissez que la ponction répétée une fois au plus est insuffisante. »

En 1886, dans la *Lancet*, *Lectures on The surgical treatment of empyema* par Goodlee, nous n'avons pas trouvé la référence donnée par Netter pour le cas de résorption de Carmichaël. Nous avons relu ce travail à plusieurs reprises sans en avoir trouvé mention.

En 1887, nous relevons dans le *Traité clinique des maladies des enfants* de Cadet de Gassicourt, p. 399, le passage suivant : « La résorption spontanée du liquide purulent est excessivement rare. Les exemples en sont si exceptionnels qu'on les pourrait compter sans trop de peine. On comprend la difficulté, j'allais dire l'impossibilité de la résorption, quand on songe aux conditions dans lesquelles se trouve le pus enveloppé de tous côtés par des fausses membranes épaisses qui l'isolent de la plèvre et de ses vaisseaux sanguins ou lymphatiques. La résorption spontanée avant ou après enkystement étant un mode de guérison très exceptionnel, il y aurait évidemment extrême imprudence à compter sur cette heureuse résolution. Pouvons-nous espérer obtenir par un traitement médical ce que la nature, abandonnée à elle-même, ne nous donne pas ? En d'autres termes,

pouvons-nous provoquer la résorption du pus ? On pensait autrefois que le pus, une fois formé, ne se résorbait jamais sans danger : nous savons aujourd'hui que cette opinion est fausse. Je vous ai trop souvent fait observer la marche rétrograde des abcès froids et particulièrement des abcès par congestion, dans mes salles, pour que vous ne soyez pas édifiés sur ce sujet. Mais il faut se garder de comparer des faits qui n'ont de semblable que l'apparence. Ici, l'obstacle à la résolution est l'épaisseur des fausses membranes et l'isolement dans lequel le pus est maintenu. Il faudrait donc pour que nous puissions nous flatter de le faire résorber, que nous possédassions un médicament ou une série de médicaments, capables de changer les conditions dans lesquelles il se trouve, c'est-à-dire de faciliter l'absorption du pus. Avons-nous ce pouvoir ? Evidemment non. C'est donc fermer les yeux à l'évidence que de compter sur les moyens médicaux. Le traitement chirurgical s'impose et il ne reste plus que le choix des procédés.

« Le pronostic de l'empyème est infiniment plus favorable dans l'enfance qu'à tout autre âge. La résorption est une méthode excellente si le pus est en quantité médiocre et si elle se fait peu à peu : le pus passe alors sans inconvénient dans le torrent circulatoire, et la guérison a lieu. Mais cette même méthode devient détestable si l'épanchement purulent est très abondant et si la résorption se fait vite : alors en effet, le pus, versé tout à coup en grande quantité dans les vaisseaux, empoisonne l'organisme et produit l'infection purulente. »

En 1888, Bouveret, dans son *Traité de l'Empyème*, n'admet pas la résorption spontanée. « La résorption

spontanée et totale d'un épanchement purulent de la plèvre n'est pas moins exceptionnelle chez l'enfant que chez l'adulte. En 1872, M. Roger déclarait ne connaître aucun exemple de cette terminaison. Gehrardt croit cependant que l'empyème limité peut quelquefois guérir par résorption. Sans doute, la cavité purulente peut diminuer d'étendue et le pus, épaissi, s'enkyster dans les néo-membranes de la plèvre, mais la résorption n'est pas complète et ce n'est pas là une véritable guérison. De plus la persistance indéfinie de ces résidus d'un abcès pleural n'est pas exempte de dangers pour l'avenir, car, outre l'affaiblissement causé par la longue durée de la suppuration, elle expose au développement probable de la tuberculose pulmonaire. La guérison spontanée n'est possible qu'à la suite de l'évacuation de la collection purulente. On connaît les symptômes de la vomique pleurale. Il est cependant des cas où la vomique pleurale est plus difficile à reconnaître et peut même passer inaperçue. A chaque quinte de toux, l'enfant n'expectore qu'une minime quantité de liquide purulent mélangé de mucosités bronchiques. Il semble que l'orifice de la fistule pleuro-bronchique, très étroit, ne livre que difficilement passage au contenu de l'abcès pleural. En règle générale, il ne faut donc pas plus compter sur la guérison spontanée chez l'enfant que chez l'adulte. Mais chez l'enfant, le processus de suppuration est moins rebelle, cesse plus promptement et le travail de réparation évolue avec une plus grande activité. La vomique pleurale est un mode de guérison incontestable de l'empyème infantile. Ce n'est pas la règle assurément, mais les exemples en sont assez fréquents

pour qu'on en tienne compte. On peut s'abstenir de toute intervention si l'état général est bon, s'il n'existe aucun symptôme septicémique et si l'empyème est récent. Chez l'enfant, la perforation du poumon est quelquefois précoce : il n'est pas très rare de la voir survenir avant la fin du premier mois. Trousseau l'a même observée du quinzième au vingtième jour. Dans ces conditions l'abstention ne saurait avoir de fâcheuses conséquences ; nous sommes dans des limites telles que si l'opération de l'empyème devient nécessaire elle n'aura pas cessé d'être une opération précoce. On peut admettre six semaines comme durée de cette période où la pleurotomie n'a pas cessé d'être précoce. »

En 1890, dans sa thèse de Paris, *Remarques sur les pleurésies purulentes de l'enfance*, Mlle Anna Finkelstein n'admet pas non plus la résorption spontanée. « Nous venons d'établir que l'empyème chez l'enfant présente de plus grandes chances de guérison que chez l'adulte. Y aurait-il là une raison de s'occuper moins de son traitement, de l'abandonner à une destinée que la nature paraît avoir rendue favorable ? Certainement non. Le nombre des décès dans les empyèmes non traités est aussi imposant chez l'enfant que chez l'adulte ».

En 1892, le Dr Dœrfler dans le *Munschener Medicinische Wochenschrift* « *Beitrag zur Empyembehandlung* » 8 novembre, cite un cas de résorption très net, qui se rapproche beaucoup d'une de nos observations par ses résultats éloignés : « Au point de vue de l'âge, mes vingt et un patients se décomposaient en : sept enfants de 2 à 8 ans, quatre malades de 13 à 17 ans, six de 30 à 50 ans,

quatre au-dessus de 50 ans ; quinze du sexe masculin, six du sexe féminin. Au point de vue étiologique ces vingt et un cas se divisaient en : douze empyèmes métapneumoniques, six tuberculeux, un septique, un suite d'influenza sans pneumonie, un suite de bronchite chez un enfant scrofuleux. La mortalité était très favorable à l'empyème métapneumonique. Des douze empyèmes opérés, dix guérèrent complètement, cela fait 83 o/o. Les deux cas mortels d'empyème métapneumonique se terminèrent une fois par méningite, l'autre par affaiblissement cardiaque malgré l'opération. Les six empyèmes tuberculeux moururent tous malgré l'opération. De même un empyème septique se termina par la mort. Les deux empyèmes restant guérèrent sans opération ni ouverture. La durée du traitement après l'opération de l'empyème fut chez les enfants infiniment plus courte que chez les adultes. Le traitement chez cinq enfants de 2 à 14 ans dura en moyenne de quatre à cinq mois. Mes 3 cas m'ont appris que dans le cas où la ponction exploratrice ramène du sérum légèrement trouble, qui par le repos ne peut se prendre en gelée mais présente un précipité jaunâtre, l'abstention ou la ponction n'avait aucun succès, mais que l'ouverture chirurgicale de la cavité pleurale était le plus souvent nécessaire. Je dis le plus souvent, parce que, dans la littérature on connaît des cas où dans de telles affections et même avec un exsudat purulent pur on a vu la guérison complète succéder à une seule ponction. Il va de soi qu'un examen microscopique et bactériologique est aussi d'une grande valeur en vue des indications de l'opération de l'empyème.

Ainsi, le pus métapneumonique avec des pneumocoques caractéristiques doit se résorber plus facilement que le pus tuberculeux. Je suis d'avis que nous praticiens ne pouvons provisoirement, dans la clientèle privée, compter sur l'abandon à une guérison naturelle, mais nous devons provisoirement nous en tenir encore au principe : Où il y a du pus, il faut l'évacuer par incision ou résection d'une côte. Le véritable empyème peut arriver à la guérison totale sans opération et sans évacuation démontrée, à travers le poumon. Une de mes deux observations le montre. Il s'agissait d'un enfant scrofuleux de 4 ans. Il présentait, en 1887, les symptômes d'un exsudat : une ponction exploratrice ramena un pus crémeux très épais. L'opération ne fut pas acceptée. L'enfant guérit. J'eus l'occasion d'examiner l'enfant en 1891, c'est-à-dire quatre ans après sa maladie : il n'avait plus aucune trace de l'exsudat primitif plus accusé en arrière. Aucune rétraction, aucune diminution de la respiration, partout un parfait glissement de la plèvre sous-jacente, partout respiration sonore et murmure vésiculaire. L'autre cas avait rapport à un homme de 76 ans. »

En 1898, dans le *Traité de Grancher Comby Marfan*, M. Netter s'exprime ainsi : « Abandonnée à elle-même, la pleurésie purulente à pneumocoques de l'enfant peut quelquefois guérir par résorption. Nous avons vu un cas de ce genre dans lequel le diagnostic n'était pas douteux puisque nous avons fait une ponction exploratrice. Le cas cité par Israël d'un enfant de 10 ans guéri dans des conditions analogues se rapporte aussi sans doute à une pleurésie purulente à pneumocoques. Citons encore un cas de Dœrfler chez un enfant de

4 ans, un de Carmichaël chez un enfant de 8 ans. Ces observations sont certainement très rares et on ne saurait les invoquer en faveur de l'abstention ». Nous n'avons pu lire le travail de Cestan sur la *Thérapeutique des empyèmes*, 1898, car il n'existe pas à la bibliothèque, pas plus que l'article de Cadet de Gassicourt sur le traitement de la pleurésie purulente à pneumocoques chez l'enfant, dans le *Journal des Praticiens* de 1898.

En 1899, d'Espine et Picot dans leur *Traité des maladies des enfants* disent :

« La pleurésie purulente, abandonnée à elle-même se termine rarement d'une manière favorable : nous ne connaissons aucun exemple irréfutable de guérison par résorption spontanée de l'épanchement. Le plus souvent l'enfant succombe après un temps plus ou moins long aux progrès de la cachexie et à l'infection putride. La mort est amenée quelquefois par une dégénérescence amyloïde des reins et du foie ou beaucoup plus rarement par une tuberculisation secondaire. Le rétrécissement thoracique guérit spontanément dans l'immense majorité des cas au bout d'un ou 2 ans. La pleurésie purulente est une maladie très grave ; elle ne guérit qu'exceptionnellement par les seuls efforts de la nature. Les épanchements purulents de la plèvre doivent être évacués dès que leur présence est reconnue. On essaiera d'abord une simple ponction exploratrice. Une seule ponction suffira parfois pour guérir l'enfant. Le rétrécissement thoracique est toujours assez prononcé après la thoracotomie surtout tardive. Sous l'influence d'une gymnastique bien entendue, de la vie en plein air, des bains de mer, régime fortifiant, etc., le rétré-

cissement diminue rapidement et disparaît complètement au bout d'un an ou deux ».

Nous citerons ici des passages de l'article de Castaigne de la *Presse médicale* du 28 mars 1900, sur le pouvoir absorbant de la plèvre, qui a trait directement à notre sujet. « Nous nous sommes adressés à l'expérimentation pour essayer de résoudre la question du pouvoir absorbant d'une plèvre saine et nous avons constaté que chez le chien une substance soluble injectée dans la plèvre saine, passe dans les urines plus rapidement et en plus grande quantité qu'après l'injection de la même dose dans le tissu cellulaire sous cutané. Si on admet que l'absorption pleurale se fait de la même façon, chez l'homme et chez le chien (ce que nous ne voulons pas affirmer) on peut apprécier les changements survenus au cours des pleurésies. D'une façon générale on peut dire que dans toutes les pleurésies le pouvoir absorbant de la plèvre est moindre que celui du tissu cellulaire sous-cutané et par conséquent moindre que celui de la plèvre normale en admettant que la séreuse de l'homme se comporte comme celle du chien.

L'élimination après injection pleurale est dans quelques cas presque la même que par la voie sous-cutanée ; mais le plus souvent elle est prolongée.

Nous avons examiné au point de vue clinique huit cas de pleurésie purulente et nous avons constaté que dans deux cas tuberculeux et dans trois pneumoniques le pouvoir absorbant de la plèvre était nul ou presque nul. Au contraire au cours de trois pleurésies dues au streptocoque nous avons constaté une absorption rapide

des substances injectées dans la plèvre et par l'analyse quantitative nous avons pu retrouver dans les urines des doses de la substance injectée presque égales à celles que l'on y retrouvait après une instillation sous-cutanée. De toutes les pleurésies examinées ce sont les trois cas dans lesquels le streptocoque était en jeu qui coïncident avec un pouvoir absorbant maximum de la plèvre. On sera peut-être ainsi par comparaison en possession d'un des éléments pathogéniques qui joints à la nature des toxines dans ces différents cas expliquent pourquoi l'état général et les organes viscéraux sont beaucoup plus atteints au cours des pleurésies streptococciques. Au point de vue thérapeutique nous avons cherché si certaines médications augmentent le pouvoir absorbant de la plèvre et nous avons étudié à ce point de vue les médications externes telles que les vésicatoires et les différents révulsifs ; les agents thérapeutiques qui agissent par voie circulatoire après absorption cutanée ou gastrique et enfin les médicaments solubles injectés dans la cavité pleurale. Les pointes ou plutôt les raies de feu, les salicylates employés par la voie buccale ou mieux sous forme de salicylate de méthyle en frictions sur le thorax et enveloppement ouaté, nous ont donné une augmentation très marquée du pouvoir absorbant de la plèvre. Quant aux modifications obtenues par les médicaments injectés à l'intérieur de la cavité pleurale, les résultats sont trop variables et discordants pour que nous formulions une opinion à ce sujet ».

En 1901, dans le *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, nous relevons ces paroles de MM. Landouzy et Labbé : « La pleurésie purulente à pneumocoques peut

guérir spontanément par résorption (Israël, Netter, Dörfler, Desplats, Carmichaël, Horwath, etc.) Le fait a été constaté d'une façon certaine, grâce aux ponctions exploratrices successives qui permettent de diagnostiquer l'épanchement et de se convaincre de sa résorption progressive; mais il est rare et observé presque exclusivement chez l'enfant. On ne doit pas, en principe, compter sur la guérison spontanée; on ne peut l'invoquer en faveur de l'abstention. Malgré sa bénignité relative et la possibilité qu'elle a de guérir spontanément la pleurésie purulente à pneumocoque ne doit pas être abandonnée à elle-même. La thoracentèse est le traitement de choix et cela alors même que l'épanchement serait peu considérable; en maintes circonstances il a suffi, chez l'enfant comme chez l'adulte — quoique la chose soit moins commune chez l'adulte — d'une ponction faite avec le trocart n° 2 pour que guérison s'ensuive; d'ordinaire on est contraint à faire deux, trois ponctions ».

Nous nous sommes reportés aux citations précédentes. Le travail de Horwath, 23 mai 1897, *Beitrag zur Pathogenese und Prognose der Rippenfellentzündungen* (*Wiener medizinische Presse*), ne contient pas d'observation de résorption, mais une citation du professeur Immerman qui établit la possibilité d'une résorption spontanée dans l'empyème métapneumonique. (Neuvième congrès de médecine interne tenu à Vienne du 15 au 18 avril 1890. Le traitement de l'empyème M. Immermann (de Bâle) rapporteur): « La résorption spontanée se produit il est vrai dans certaines circonstances; elle est même assez fréquente dans les cas d'empyème mé-

tapneumonique, lorsqu'il s'agit exclusivement de pneumocoques. Mais dès que d'autres microbes pyogènes (streptocoques, staphylocoques, bacilles tuberculeux) participent à la production de l'empyème ou entrent en jeu d'une manière quelconque dans cette affection, on ne peut guère compter sur une résorption spontanée, à cause de la vitalité résistante de ces derniers agents de pyogénie. C'est là ce qui donne à la plupart des empyèmes un caractère progressif qui rend généralement indispensable une intervention active ». M. Curschmann (de Leipzig): « On ne doit pas compter sur une guérison spontanée par résorption du pus; je crois qu'on a pris pour tels des cas après perforation pulmonaire et vomique. On doit donc opérer dès que la présence du pus est diagnostiquée ».

Quant à l'article des Desplats dans le *Journal des Sciences Médicales de Lille*, de février 1896, nous n'avons pu nous le procurer.

De la lecture de toutes les citations précédentes il ressort un fait très net : c'est le peu de tendance des auteurs à admettre la résorption. Cette opinion est en recrudescence sensible depuis l'ère de la chirurgie antiseptique. A peine cite-t-on en 1898 lors de l'apparition de l'article de M. Netter quatre cas de résorption spontanée, et tous les cliniciens s'empressent d'ajouter que ces cas excessivement rares ne sauraient en aucun cas justifier l'expectation. C'est là, pensons nous, une opinion trop absolue et M. le professeur Weill a eu l'occasion d'observer une série de cinq cas dont deux avec vérification anatomique, dans lesquels la résorption du pus s'est faite spontanément et qui, à notre avis, ne laissent

pas grand doute sur l'existence réelle de la résorption des épanchements purulents par la plèvre. On a dit et on le répète encore fréquemment que les cas de résorption sont excessivement rares : cette opinion est peut-être motivée par l'innocuité actuelle des interventions chirurgicales sur la plèvre, qui en a multiplié forcément les applications et a ainsi laissé à la résorption spontanée peu d'occasions de se produire. Il semble que les exemples de résorption étaient plus fréquents avant l'ère antiseptique ; car aujourd'hui il est exceptionnel qu'on pratique l'expectation, et l'on ne peut plus faire entrer en ligne de compte, en faveur de la résorption, que les cas non traités ou dans lesquels l'intervention a été refusée. C'est le cas justement pour les deux malades de Dörfler. Nous n'avons pu nous en assurer pour les autres, car nous n'avons pas trouvé le cas de Carmichael à la référence de Netter, et notre ignorance du danois nous a empêché de le faire pour celui d'Israël.

Les cas où l'opération de l'empyème est refusée étant assez rares, et plus encore ceux où elle n'est pas soumise au traitement du médecin, on s'explique facilement la rareté de ces faits. Mais si, comme l'a essayé M. le professeur Weill, on pratique une abstention avec surveillance attentive des phénomènes généraux et locaux on voit tout à coup les exemples de résorption augmenter sérieusement de fréquence. Il est vrai que l'intervention a été surtout recommandée à propos des grands épanchements, mais ne doit on pas reconnaître aussi que chez l'enfant ce n'est peut-être pas la majorité et que comme Baron l'avait déjà remarqué et dit dans sa thèse de 1841 : « La quantité du liquide épanché est variable

suivant la nature de ce dernier, elle est plus grande quand le liquide est citrin ou sanguinolent que quand il est trouble ou verdâtre; dans ce dernier cas il est le plus souvent en petite quantité. » Or ce témoignage de Baron n'est pas dénué de valeur, car il s'appuie sur une série de 429 autopsies, chiffre formidable comparé aux statistiques citées couramment. Baron d'ailleurs, suivant le témoignage de Bouchut, admettait et avait observé assez fréquemment la résorption. Nous pensons aussi que les faits, signalés assez fréquemment, de guérison après une seule ponction peuvent rentrer dans le nombre de ceux où la résorption est possible et où elle peut produire tous ses effets. Cela suppose en effet une bénignité très grande de l'épanchement, sa non reproduction, ou une résorption ultérieure du pus que n'a pas évacué la ponction ou qui se sera réformé. Ce sont donc des cas où l'abstention instituée avec surveillance aurait donné d'excellents résultats.

La complication produite par l'infection de l'organisme sous l'influence des toxines microbiennes ne nous semble applicable qu'aux épanchements streptococciques ou très infectants. Nous n'avons jamais eu d'ailleurs l'intention d'indiquer l'expectation dans ce cas, mais nous ferons remarquer que ce fait d'infection est encore une preuve de la résorption rapide du pus. C'est d'ailleurs ce qu'a trouvé M. Castaigne dans ses recherches sur la résorption pleurale, chez l'adulte il est vrai; mais comme le système lymphatique de l'enfant est plus perméable que celui de l'adulte, il en résulte que le danger est plus considérable pour lui. Il en va tout autrement de l'épanchement pneumococcique.

Chez l'adulte dans ce cas l'absorption est très faible ; en l'augmentant chez l'enfant pour les raisons anatomiques précédentes, nous restons encore bien au dessous de la rapidité du processus dans les formes streptococciques. En réunissant ces deux conditions, lenteur suffisante du processus d'absorption pleurale, et faible virulence du pneumocoque et de ses produits solubles, on s'explique alors le peu de dangers que court l'enfant du fait de l'expectation dans ce cas. Il serait à souhaiter que des expériences analogues à celles de M. Castaigne, soient faites chez l'enfant pour élucider définitivement cette question importante de l'absorption pleurale en pathologie infantile.

L'objection la plus sérieuse à la résorption spontanée, objection qui ne tend à rien moins que de détruire la croyance aux phénomènes d'osmose qui se passent au niveau de la plèvre, est celle qu'à émise Leichtenstern dans le *Traité de Gebrardt*, en 1878. Pour lui tous les cas de prétendue résorption spontanée sont dus à l'évacuation du pus dans les bronches par un orifice punctiforme ou tout au moins très petit. Il est juste de faire remarquer que M. Leichtenstern dit : « J'ai la ferme conviction », mais n'apporte aucune observation concluante à l'appui de son opinion. Elle peut d'ailleurs être doublement réfutée. Cliniquement, les cas de résorption bien constatée, sans expectoration purulente nummulaire (caractéristique pour Leichtenstern) ne peuvent tomber sous son objection. Les cas que nous publions ont été soigneusement surveillés au point de vue de l'existence d'une vomique ignorée, et cette critique ne saurait les atteindre. Expérimentalement, d'après les

observations de Castaigne sur le passage dans les urines de produits solubles injectés dans la plèvre, il semble indiscutable que des phénomènes osmotiques se passent au niveau du feuillet pleural. Nous n'avons pu prendre connaissance des faits que Cabot dans « *Cyclopedia of the diseases of Children de Keating* » a opposés aux affirmations de Leichtenstern, mais les raisons que nous avons apportées plus haut nous semblent suffisantes à réfuter une opinion qui n'est basée sur la citation d'aucun fait précis.

Nous relèverons également dans les citations des différents auteurs, le délai qu'accorde Bouveret à l'attente de la production d'une vomique, tant que la pleurotomie si elle devient nécessaire n'aura pas cessé d'être précoce. Ce délai est de six semaines. Il nous suffira largement pour pouvoir appliquer l'expectation. Dans tous les cas que nous avons observés et dont nous donnons les observations, la résorption s'est effectuée une fois en six semaines après la ponction exploratrice positive (observation III); en vingt-huit jours dans l'observation IV; en trente-cinq jours dans l'observation V; dans les observations I et II concernant des nourrissons, la résorption totale constatée à l'autopsie s'est effectuée en trente et quarante jours. Tous les cas que nous avons cités sont donc restés dans les limites de la pleurotomie précoce, et trois ont effectué leur guérison dans ce temps relativement court.

Si nous comparons maintenant la rapidité respective de guérison entre la pleurotomie et la résorption spontanée, nous voyons que la première ne présente pas d'avantages à ce point de vue. Bouveret dans ses Statis-

tiques chez l'enfant, admet comme durée moyenne de la période de cicatrisation 48 jours ; dans deux cas que nous avons relevés dans les observations de M. le Professeur Weill, nous avons noté 33 et 35 jours, ce qui est presque un minimum. Nos trois observations de guérison par résorption spontanée donnent une moyenne de 38 jours. On voit que cette terminaison de l'empyème pneumococcique infantile peut bien soutenir la comparaison avec l'intervention. Au point de vue des déformations ultérieures du thorax et de la colonne vertébrale, un de nos cas (observation III) revu cinq ans et demi après l'entrée à l'hôpital, nous a montré que la résorption spontanée ne laisse pas plus de traces que la pleurotomie la mieux réussie. Cette enfant, âgée actuellement de 8 ans, que nous avons pu faire examiner par M. le Professeur Weill, ne présentait aucun signe somatique ou stéthoscopique capable de faire soupçonner son affection antérieure. C'est, croyons-nous, l'observation la plus concluante que nous connaissions sur ce sujet, car l'observation note, un an après sa pleurésie, un nouvel examen provoqué par l'entrée pour récurrence de pneumonie. A cette date déjà, la déformation thoracique avait presque totalement disparu.

Ce groupe de trois observations de pleurésie pneumococcique purulente nous semble aussi comporter une plus grande signification que le chiffre ne pourrait l'indiquer au premier abord ; car il répond à la pratique d'un seul auteur en quelques années. Ces cas comportent tous la ponction exploratrice et l'examen bactériologique ; nous possédions d'autres cas où l'épanchement était louche, séro-purulent, macroscopiquement ; mais,

soit que la culture fût stérile, soit qu'ils pussent être qualifiés d'épanchement sérieux, nous n'avons pas jugé à propos de les citer : il est superflu de dire d'ailleurs que ces épanchements s'étaient résorbés spontanément. Nous n'avons donc gardé que ces trois cas qui, à notre avis, ne sont susceptibles d'aucune critique.

Nous croyons avoir discuté, à peu près toutes les objections que nous avons trouvées dans la lecture des auteurs. Nous constaterons, néanmoins, qu'actuellement certains auteurs ne craignent plus d'affirmer la réalité incontestable de la résorption dans les épanchements purulents. Les paroles de Landouzy et Labbé dans le *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*, sont significatives sur ce point. Ces auteurs reconnaissent le fait physiologique, c'est déjà beaucoup : mais ils lui refusent toute valeur dans le traitement de l'empyème, même chez l'enfant. Nous pensons qu'il est peut-être permis d'apprécier les faits d'une façon différente, et avant de tirer les conclusions qu'à notre avis, comportent les observations citées dans ce travail, nous exposerons l'histoire de ces petits malades.

Les deux premières observations ont trait à deux nourrissons atteints de broncho-pneumonie avec pleurésie de nature infectante survenue pendant l'évolution de l'affection pulmonaire. Ces deux nourrissons dont l'épanchement avait été diagnostiqué par la ponction exploratrice, ont succombé à la broncho-pneumonie.

L'opération n'a pas été tentée en raison de l'importance des lésions pulmonaires proprement dites et de la généralisation des phénomènes infectieux. Il s'agissait, d'ailleurs, de petits épanchements.

OBSERVATION I

Fournie par M. le Professeur WEILL. — Crèche Saint-Ferdinand, n° 11

B..., Constance, 5 mois, entrée le 12 juin 1899, morte le 24 juillet.

Diagnostic : Diarrhée infectieuse sans lésions intestinales. Broncho-pneumonie. Pleurésie droite à staphylocoques. Résolution spontanée. Terminaison par syndrome méningé sans lésion.

Parents bien portants. Enfant né à terme, nourri au lait bouilli. Potages à l'âge de 15 jours. Depuis un mois l'enfant tousse, sans quintes. Vomissements depuis 2 jours. Diarrhée intermittente. Quelques râles sonores aux poumons. Rien au cœur. Foie et rate non sentis. Ventre un peu gros, léger exomphale. Température : 38°. Urines sans albumine.

Traitement : Terpene, 18 centigrammes. — Créosote (suppositoires), 10 centigrammes.

15 juin. — Diarrhée : 3 selles par jour. Suppression des suppositoires.

20 juin. — 2 selles peu diarrhéiques. Suppositoire avec : Créosote, 0,05.

21 juin. — Température : 39,2 hier soir, 39 ce matin, 2 selles hier. Râles de bronchite. Bains chauds à 38°.

23 juin. — Température toujours entre 39 et 40°. Diarrhée et toux persistent. Légère obscurité à la base droite. Submatité à ce niveau. Ballotement. L'auscultation ne révèle que des râles sonores de bronchite. Ponction exploratrice positive ; liquide louche, verdâtre, contenant des staphylocoques.

27 juin. — Base droite : Submatité persiste. La température à 40° hier matin, hier soir à 39°, est ce matin à 37,3. Rien à l'auscultation. Léger ballotement.

1^{er} juillet. — Apyrexie persistante. Pas de signes d'auscultation.

5 juillet. — Depuis hier, toux quinteuse, coqueluchoïde, L'enfant ne boit pas.

7 juillet. — L'enfant vomit tout ce qu'il prend. Base droite : obscurité et matité. Pas de ballottement. Râles crépitants du sommet droit et dans l'aisselle.

18 juillet. — Depuis le 7, l'enfant allait bien. Depuis 2 jours, quintes coqueluchoïdes, 4 à 5 par jour ; l'enfant boit peu, ne vomit pas.

19 juillet. — Eruption purpurique sur toute la paroi antérieure de l'abdomen ; petites taches confluentes, largeur d'une tête d'épingle. Potion avec sulfate de soude 1 gr. Pas de diarrhée, pas d'hémorrhagie.

23 juillet. — Depuis 3 jours la température s'élève : 40°. Depuis hier état comateux, résolution, immobilité. Phénomènes presque convulsifs des yeux. Bouche ouverte. Abondant purpura sur le thorax et le ventre. Extrémités froides. Nuque souple.

Autopsie. — Base droite : léger épaissement pleural : noyaux d'atélectasie avec emphysème vésiculaire. Tout le lobe inférieur carnisé rappelle la chair musculaire un peu putréfiée. Disparition de l'épanchement. Dans toute cette zone, bronchiolite purulente. Emphysème au sommet. A gauche, les lésions de bronchopneumonie sont moins avancées. Foie : décoloration centro-lobulaire. Rate et reins normaux. Ganglions mésentériques non hypertrophiés. Pas de tuméfaction des plaques de Peyer.

OBSERVATION II

(Fournie par M. le professeur WEILL. — Crèche Saint-Ferdinand, n° 9).

B..., Joseph-Louis, 1 an 1/2. Entré le 4 mars 1902. Mort le 16 avril.

Diagnostic. — Broncho-pneumonie à forme de carnisation, consécutive à une coqueluche. Poussées successives avec inter-

valles d'apyrexie. Pleurésie purulente concomitante. Radioscopie. Résolution spontanée révélée par l'absence de ballonnement et vérifiée à l'autopsie.

Parents bien portants. L'enfant est né à terme ; allaitement mixte jusqu'à 12 mois (sein et lait bouilli). A marché à 12 mois. En avril 1901, fluxion de poitrine avec abcès multiples des fesses. Malade depuis le début de février. Commença à tousser par quintes. Fièvre, constipation, ventre ballonné. Depuis la toux persiste, l'oppression, la fièvre continuent. Vomissements après la toux.

A l'entrée : Etat général mauvais, oppression, tirage sus et sous-sternal. Décubitus dorsal. Au poumon, percussion : Matité à la base droite. Perception difficile et obscurité des bruits respiratoires à ce niveau.

A gauche : sonorité normale, râles crépitants fins en arrière et en bas.

5 mars. — Embonpoint très médiocre, chairs flasques, fontanelles fermées, épiphyses tuméfiées surtout aux membres inférieurs, déviation légère des tibias à concavité interne. Ventre large à parois relâchées. On ne sent ni foie ni rate. La dyspnée est modérée avec tirage : pas de type inverse. A droite, en arrière, de la base à la fosse sus-épineuse : matité et abolition du murmure vésiculaire. Pas de souffle. En avant, la sonorité et la respiration semblent normales. A gauche, râles fins dans le tiers supérieur. Les deux côtés semblent respirer également bien.

6 mars. — Ponction exploratrice : Pus assez épais, jaune verdâtre. Tympanisme sous-claviculaire.

10 mars. — Obscurité sans souffle et matité jusqu'en haut. Ballonnement et ; pas de flot.

13 mars. — Les cultures du pus sont impures et contiennent divers microbes. Mieux léger, la température baisse.

15 mars. — La température aujourd'hui dépasse 40°. Base gauche : en arrière râles humides sans souffle.

18 mars. — Le foyer de la base gauche a disparu. La température baisse. Toujours matité à droite.

21 mars. — Oscillations fébriles du 15 au 20. Meilleures digestions. Ce matin température normale. Néanmoins l'enfant est oppressé et maigrit. Râles muqueux à la base gauche. La respiration est obscure à la base droite, soufflante au sommet. En arrière matité sur toute la hauteur.

22 mars. — Deuxième ponction exploratrice : on retire du pus.

28 mars. — Depuis le 22, la température est à peu normale, sauf deux 38°. L'enfant boit bien, parfois toux quinteuse. Matité à droite sans souffle. Ni flot, ni ballottement. Respiration obscure, quelques râles fins.

31 mars. — Le ballottement a reparu. A droite : matité totale, tympanisme sous-claviculaire. Etat général plus mauvais : légère augmentation de la dyspnée.

5 avril. — On a toujours de la matité, du souffle et des râles fins. Pas de ballottement : ponction exploratrice négative. Râles sonores et muqueux à gauche.

8 avril. — Même signes d'auscultation : pas de ballottement. L'état général empire. Forte oppression. Sur l'abdomen se développent quelques pustules.

14 avril. — L'enfant présente un état très grave, dyspnée intense, engourdissement, pas d'orthopnée, plainte expiratoire monotone. Des deux côtés, mais surtout à droite, râles très humides de calibres différents.

Autopsie. — Le liquide a disparu de la plèvre ainsi que l'indiquaient les signes physiques. Un peu d'épaississement des plèvres. Quelques rares adhérences. Aux poumons : broncho-pneumonie à forme surtout de carnisation avec îlots nombreux, gros comme des pois, souvent confluent. Pas de tendance à la suppuration pulmonaire. La coupe des bronches est dilatée. Elle laisse sourdre du pus. Foie à décoloration centro-lobulaire ; reins pâles.

Ici se place l'observation III dont nous parlions antérieurement. L'enfant a été revu par deux fois, la pre-

mière fois 1 an après sa pleurésie, la seconde fois il y a quelques jours 5 ans 1/2 après.

OBSERVATION III

(Fournie par M. le Professeur WEILL. — Salle Saint-Ferdinand, n° 40)

Diagnostic. — Pneumonie du sommet droit arrivée à la fin. Résolution lente. Pleurésie purulente métapneumonique à pneumocoques. Résolution spontanée. Rougeole contractée dans le service à marche régulière sans influence sur l'évolution de la pleurésie. Récidive de pneumonie en 1898.

R..., Hélène, 3 ans, entrée le 9 août 1897. Sortie le 16 octobre 1897. Rentrée le 21 novembre 1898, sortie le 28 novembre 1898.

Père et mère bien portants. Pas de fausses couches, un enfant mort à 16 mois de méningite. une sœur de bonne santé. Ni coqueluche, ni rougeole, ni scarlatine. Bronchite en mars 1897 ; a duré quinze jours.

Malade depuis le 30 juillet. Subitement douleurs abdominales sans vomissements, diarrhée depuis huit jours avec toux. Facies pâle, abattu, yeux cernés, jeu des ailes du nez et des épaules, respiration à type inverse. Tirage sus et sous-sternal. Herpès à la commissure labiale droite. Poumon gauche : rien d'anormal. Poumon droit : en arrière, submatité au sommet avec respiration rude, quelques râles secs, rien dans le reste de l'étendue. En avant matité complète au sommet avec souffle tubaire et foyer de râles de retour. De même dans l'aisselle droite. Pas de cyanose. Au cœur rien, pouls rapide régulier 140 pulsations. Rate non perceptible.

13 août. — La dyspnée a disparu au repos. Matité très prononcée dans le poumon droit surtout en arrière et en bas, cependant rien à l'auscultation en ce point. Sous la clavicule et dans l'aisselle droite, les râles sous-crépitaux persistent mais sans souffle.

19 août. — Submatité persistante dans tout le poumon droit très accentuée en arrière ou au sommet on a quelques râles secs avec léger souffle en dehors.

21 août. — La toux provoque encore des râles au sommet droit.

25 août. — La température est remontée depuis cinq jours de 38° à 39°. Etat général médiocre, dyspnée très modérée. Poumon droit : en arrière, matité dans toute l'étendue avec souffle aux deux temps, le tout moins marqué au sommet. En avant submatité très légère, respiration normale, pas de râles en aucun point.

27 août. — Ponction exploratrice : on ramène facilement du pus dans lequel l'examen microscopique révèle des cocci isolées ou en chaînes, quelques-uns couplés et nettement lancéolés prennent le Gram.

6 septembre. — Il persiste en arrière de la matité sans souffle. On entend mal la respiration. Léger aplatissement du thorax. En avant sous la clavicule tympanisme : la respiration s'entend bien. Toux peu intense. Température entre 38° et 39°. Vif appétit et diarrhée habituelle.

9 septembre. — La température depuis trois jours oscille autour de 38°. Il y a toujours de la diarrhée, six selles par jour. L'état général est meilleur, l'enfant mange mais a la face un peu bouffie. Respiration légèrement obscure dans tout le côté et soufflante au sommet. Sous la clavicule droite, tympanisme. Le thorax du côté droit est légèrement aplati. On perçoit le flot.

25 septembre. — La température était arrivée à la normale du 15 au 20. Le 20, élévation de température plus accentuée le 21, rémission le 22 et le 23, éruption rubéolique généralisée avec 40°4 de fièvre. Aujourd'hui, la température redescend, l'éruption a pâli, bien que sensible encore. La rougeole n'a déterminé aucun symptôme nerveux ou broncho-pulmonaire. Toux légère. Quelques râles sonores. Rétraction de plus en plus marquée du côté droit. Mêmes signes qu'antérieurement. Aujourd'hui abolition des vibrations à la base droite.

16 octobre. — Depuis la rougeole, la température est normale. Etat général meilleur. Disparition complète de la diarrhée. Submatité dans tout le côté droit sauf au sommet en avant ou en arrière (tympanisme). Très légère rétraction de tout le côté, mais l'expansion se fait bien. Diminution des vibrations à la base. Plus de flot. Respiration un peu obscure mais plus manifeste qu'au dernier examen, pas de souffle. La malade sort.

Revue le 2 décembre 1897 et le 26 janvier 1898. La submatité a diminué : on entend bien la respiration. Tousse facilement, ronchus sonores. Toujours étroitesse du côté droit du thorax.

Rentrée le 21 novembre 1898. Depuis le mois de janvier la malade s'est très bien portée, elle n'était pas essouffée, courait, s'amusait comme tous les enfants de son âge. Elle ne toussait pas et ne se plaignait pas de points de côté. Aux poumons on ne trouve plus de trace appréciable de l'ancienne pleurésie droite : l'hémithorax droit est sensiblement égal à l'autre 26 à gauche, 25 1/2 à droite. Il paraît aussi mobile que le gauche enfin, à la base droite la sonorité est entièrement revenue et seule, la respiration est un peu plus faible. Suit l'observation de sa pneumonie gauche. Elle sort complètement guérie le 28 novembre 1898.

Examen le 29 janvier 1903. — Un nouvel examen montre l'absence de toute scoliose. Pas de rétraction du côté droit : pas d'abaissement de l'épaule. L'expansion respiratoire se fait aussi bien à droite qu'à gauche, en bas comme en haut. La respiration s'entend aussi bien à droite qu'à gauche.

Cette observation nous semble absolument concluante. Le diagnostic est basé sur la ponction exploratrice et l'examen microscopique. La guérison a évolué d'une façon lente et progressive et la rétraction encore accentuée aux premiers examens après sa sortie a disparu complètement au dernier cinq ans après la pleurésie puru-

lente. L'excellent résultat obtenu dans ce cas, comme d'ailleurs dans les deux suivants nous servira à baser notre opinion sur la possibilité d'utiliser l'expectation dans le traitement de l'empyème infantile, de nature pneumococcique, dans certains cas, car les résultats éloignés obtenus dans ce cas ne peuvent pas être dépassés par l'intervention sous toutes ses formes.

OBSERVATION IV

(Fournie par M. le Professeur WEILL. — Salle Saint-Ferdinand, n° 35)

B..., Françoise, 6 ans. Entrée le 18 novembre 1901, sortie le 5 février 1902.

Diagnostic. — Pleurésie purulente droite à pneumocoques, guérison sans intervention.

On amène l'enfant parce qu'elle tousse depuis un mois. Père et mère bien portants. Pas d'autre enfant. Pas de fausse couche. L'enfant est née à terme ; nourrie au sein, a marché à dix-huit mois. Rougeole à quinze mois : elle aurait eu une seconde rougeole l'an dernier. Coqueluche à trois ans. A part ces maladies elle a toujours eu une bonne santé et était très robuste.

L'affection actuelle a débuté il y a un mois. Peu à peu elle s'est mise à tousser, souffrait un peu de céphalée et au bout de quelques jours a dû garder le lit mais non complètement. Elle n'aurait jamais eu de points de côté, d'oppression vive, de sueurs nocturnes, ni de température élevée. Depuis huit jours elle va mieux, la toux a diminué, est devenue plus grasse s'accompagnant d'une expectoration muqueuse assez abondante. La mère l'amène parce qu'elle refuse chez elle de prendre les médicaments.

Actuellement, assez bon état général. Température 38,5. Langue un peu saburrale. Digestions normales. Appétit dimi-

nué. Oppression assez vive, quarante respirations au moins par minute. La toux est assez fréquente ; expectoration muqueuse blanchâtre peu abondante.

Aux poumons. A droite : voûssure thoracique très nette, en avant, et à la base dans l'aisselle. Matité absolue dans toute la hauteur du poumon en avant et en arrière. Abolition des vibrations partout. Auscultation. En arrière : diminution du murmure surtout à la base ; souffle surtout expiratoire, à maximum un peu au-dessus de la base. A l'extrême base et dans les grandes inspirations on entend des bouffées de râles fins. Ni flot ni ballotement. En avant, sous la clavicule : pas de râle mais respiration très soufflante. A gauche sonorité normale. A la base foyer de râles muqueux, pas très fins mais assez éclatants. A ce niveau on perçoit de plus quelques frottements et un peu de souffle. Cœur rapide, affolé 160 à 180. Pouls régulier, rapide, petit. Légère dilatation des veines du cou. Le foie n'est ni gros ni douloureux. Pas d'œdèmes. Urines sans albumine.

19 novembre. — Ponction exploratrice négative, pas de liquide pleural.

21 novembre. — La petite touse de plus en plus : elle a des quintes longues mais sans reprises.

28 novembre. — La petite respire moins bien de tout le côté droit. C'est très net à la simple inspection. Les styles appliqués sur la poitrine montrent une grande diminution d'amplitude dans tout le côté droit, matité sur toute la hauteur. Pas de vibrations. Pas de flot. Léger ballotement à la base. Souffle diffus au sommet. Obscurité à la base. Ponction exploratrice. On retire un pus jaune verdâtre extrêmement épais (pneumo-coque).

5 décembre. — La ligne ombilico-mamelonnaire a 1 centimètre de plus à gauche qu'à droite.

11 décembre. — Matité de toute la hauteur en avant et en arrière. Respiration soufflante de la moitié supérieure en avant et en arrière le souffle est presque amphorique. En bas la respiration a reparu et s'accompagne de frottements. Tou-

jours léger ballottement à la base. La voûssure a un peu diminué. L'ampliation est un peu moins marquée dans la respiration à droite qu'à gauche. L'état général s'améliore, l'appétit renaît, la température s'abaisse.

26 décembre. — La température depuis quelques jours est à peu près normale : l'état général s'améliore. L'appétit reprend. La matité est toujours totale quoique moins accentuée : sous la clavicule elle est remplacée par du tympanisme. Le ballottement a disparu. La respiration est en partie revenue dans tout le poumon : il n'y a plus de voûssure du côté droit mais un peu de rétraction. L'épaule droite est tombante et la crête iliaque droite relevée.

27 janvier 1902. — La respiration est revenue en grande partie. Il reste encore un peu de matité. Plus de souffle, plus de frottements. L'épaule droite est toujours un peu tombante. La rétraction du thorax n'a pas augmenté. L'expansion est à peu près égale des deux côtés.

5 février. — Part en convalescence à Longchêne.

OBSERVATION V

(Fournie par M. le Professeur WEILL. — Salle St-Ferdinand, n° 3)

P... Catherine, 5 ans. Entrée le 22 mars 1894. Sortie le 8 juin 1894.

Diagnostic. — Pneumonie du sommet gauche. Pleurésie de la base, métapneumonique d'abord séreuse, puis purulente constituée par du pneumocoque. Otite suppurée. Résolution spontanée de la pleurésie.

Père bien portant. Mère rhumatisante. Une sœur aînée bien portante.

La malade a eu la coqueluche. Actuellement, aux poumons : à gauche la matité de la clavicule au mamelon remonte latéralement jusqu'à la ligne axillaire antérieure. Vibrations augmentées. Souffle et râles sous la clavicule, la dyspnée

empêche de préciser. En arrière : matité à la base, vibrations diminuées, respiration obscure, pas de souffle. Rien à droite. Cœur : voussure précordiale : pointe dans le quatrième espace, battements faibles. Pas de frottements; on perçoit les bruits un peu affaiblis : pas de bruit anormal : pouls 144, régulier. Respirations 44. La matité se continue avec la matité pulmonaire. Le facies est grippé, péritonéal. Toux sèche, augmentant la douleur : l'enfant crie souvent. Pas de rougeur des pommettes. Langue blanchâtre. Subdelirium intermittent.

23 mars. — Cette nuit, accès de suffocation avec jeu des ailes du nez et dyspnée intense, durée : une heure. Accalmie et sommeil le reste de la nuit. Ce matin, dyspnée intense. Respiration 60. Pouls 120. Jeu des ailes du nez. Voussure précordiale, choc mal perçu, bruits sourds. Matité cardiaque intense ainsi qu'au sommet gauche. Souffle respiratoire aux deux temps, râles gargouillés. En arrière, au sommet, matité, mêmes signes qu'en avant. En bas, à gauche, matité séparée par une ligne sonore de la matité du sommet. Abdomen ballonné, toujours douloureux. Urines : beaucoup d'albumine. Ponction exploratrice de la base gauche : liquide séreux.

24 mars. — Pas de nouvelle suffocation. Respiration 60. Pouls 132. Plus d'anxiété de la face, plus de tirage, pommette gauche enluminée, yeux cernés. Tousse peu, ne crache et ne vomit pas. Poumons : en avant, mêmes signes ; râles jusqu'à la ligne axillaire postérieure. Souffle net dans la fosse sous-épineuse gauche. En arrière, à gauche, à la base, matité, respiration obscure, souffle lointain, un peu aigre. Voussure péricardique toujours accusée. Mêmes limites de la matité.

26 mars. — Pouls 128, régulier. En avant et à gauche, râles de retour, gargouillants sous la clavicule dans la moitié supérieure. Mêmes signes en arrière dans le tiers supérieur et l'aisselle. A la base les signes n'ont pas changé. Respiration 60. Figure calme.

29 mars. — Diarrhée depuis quatre jours. A la base gauche, respiration obscure mais avec ton un peu tympanique.

Au sommet, râles de retour.

30 mars. — En avant, diminution des râles, en arrière, persistance avec souffle. La diarrhée diminue.

3 avril. — Hier, accès fébrile 40°. Ce matin normale. Léger écoulement fétide de l'oreille droite. Mêmes signes d'auscultation.

14 avril. — Toujours diarrhée, deux ou trois selles par jour. Poumons. Disparition des râles et du souffle au sommet gauche, toujours obscurité à la base. Matité totale à gauche. Tympanisme sous la clavicule. Vibrations abolies à la base gauche, pas d'œgophonie. Température.

23 avril. — Matité gauche persiste. Grandes oscillations thermiques. Au sommet gauche, râles fins nombreux.

25 avril. — Submatité dans le tiers moyen à gauche. Matité dans le tiers inférieur en arrière. Vibrations augmentées au sommet, diminuées au milieu, abolies à la base. Obscurité respiratoire dans le tiers inférieur, à gauche, en arrière, sans souffle ni œgophonie. Au sommet souffle, râles humides aux deux temps. Retentissement de la toux.

Ponction exploratrice : on ramène du pus.

4 mai. — Matité toujours à gauche en arrière. Diminution des vibrations à ce niveau, respiration soufflante dans les trois quarts inférieurs avec bronchophonie. Sur le côté et en avant, rien d'anormal. Au cœur, pointe dans le quatrième. A l'orifice pulmonaire, souffle systolique non propagé et variable. Pulsations : 120 régulières. Bon appétit, la malade demande à se lever.

16 mai. — L'examen bactériologique fait par M. Courmont et la culture ont donné le pneumocoque à l'état de pureté. On trouve encore à la base un peu d'obscurité respiratoire, un frottement léger à la fin de l'expiration, de la matité au tiers inférieur. Les vibrations reviennent. Le tympanisme a disparu sous la clavicule. Depuis trois jours la température est normale. Pas de troubles fonctionnels. Pas d'oppression.

30 mai. — Du 16 au 24, de grandes oscillations sans troubles fonctionnels ont succédé à l'apyrexie : depuis, apyrexie

complète. Pas d'engraissement ; pourtant, ne tousse plus, se lève et mange bien. Dans la moitié inférieure gauche, l'inspiration est obscure, l'expiration souffrante. Matité plus accusée en bas. Dans l'aisselle on n'entend pas du tout la respiration à la partie inférieure. Rien en avant.

Ponction exploratrice négative : pas de pus.

5 juin. — On trouve encore de la submatité avec diminution des vibrations dans le tiers inférieur à gauche et en arrière. Rien en haut ni en avant. La respiration est revenue à peu près en arrière. Sur les côtés, obscurité avec quelques petits râles.

8 juin. — La malade part, tous les signes se sont beaucoup amendés et on peut la considérer comme guérie.

A la suite de ces observations nous ferons quelques remarques sur la quantité du liquide, sur le moment de l'apparition et de la disparition. L'observation III semble avoir trait à un épanchement moyen, peu de dyspnée, submatité dans tout le poumon, matité à la base, ponction exploratrice ramenant facilement du pus, rétraction assez accusée du côté malade. Il est indiscutable que dans ce cas l'épanchement a été d'une certaine importance, sans toutefois être très abondant. Dans l'observation IV l'épanchement semble avoir été plus léger. Dans l'observation V après un épanchement sérieux, abondant, ayant déterminé des accès de suffocation, on note en concordance avec la diminution de l'exsudat sa transformation purulente. l'épanchement purulent peut donc être considéré dans ce cas comme d'une abondance moyenne.

Au point de vue de l'apparition et de la disparition nous notons : dans l'observation III, le pus a été constaté environ quinze jours après l'entrée pour pneumonie ;

quarante-cinq jours environ après la constatation de l'empyème, l'épanchement avait disparu progressivement et la petite malade sortait guérie. Dans l'observation IV, le pus a été constaté dix jours après l'entrée pour pneumonie. Trente jours environ après la ponction exploratrice, le pus avait complètement disparu et huit jours après la malade sortait guérie. Dans l'observation V, l'épanchement séreux est constaté le lendemain de l'entrée. Un mois après, la ponction ramène du pus et trente-cinq jours après la constatation du pus, une nouvelle ponction est négative et l'enfant part guérie huit jours après.

On voit d'après ces quelques différences que dans l'observation III, à un épanchement moyen, correspond une apparition du pus au bout de quinze jours environ et une résorption relativement assez lente. Dans l'observation IV, l'épanchement plus minime apparaît plus vite et disparaît de même. Dans l'observation V qui présente un cas spécial, l'épanchement séreux formé rapidement devient purulent un mois après, alors qu'il a déjà commencé sa résorption, laquelle n'en est pas entravée et s'effectue assez rapidement en trente-cinq jours.

On pourra peut-être objecter à ces cas, qu'ils ne renferment pas d'épanchement très abondant. Nous ne le contesterons pas, mais nous dirons que, justement, à notre avis, la trop grande abondance du pus rapidement formé, est une contre-indication de la résorption spontanée. Nous ne tenons pas du tout à proposer une méthode qu'on puisse appliquer indistinctement à tous les empyèmes à pneumocoques de la seconde enfance ;

mais nous voulons au contraire, pour donner plus de valeur à ce procédé, le limiter strictement aux cas où il donne d'excellents résultats. Pour cela nous ne craignons pas de dire que c'est justement, presque même seulement dans ces empyèmes à exsudat peu abondant ou même moyen de la seconde enfance que la résorption spontanée donne des résultats sinon absolument certains tout au moins très fréquemment excellents. Il va de soi que si l'épanchement est trop abondant et peut compromettre l'état général de l'enfant d'une façon sérieuse, il faut intervenir et c'est absolument notre opinion.

Tandis que l'observation IV se rapproche beaucoup de l'observation III par la plupart de ses caractères, notamment la purulence d'emblée, l'observation V offre un exemple du second mode de formation de l'empyème. la transformation purulente d'un exsudat primitivement séreux. Le résultat a d'ailleurs été aussi excellent que dans les deux cas précédents. Ces trois observations semblent donc prouver que dans le cas d'épanchement d'emblée purulent ou d'épanchement séreux transformé en empyème à pneumocoques, la résorption spontanée donne des résultats comparables. Le phénomène de la résorption nous paraissant suffisamment prouvé par ces cinq observations dont deux avec autopsie et trois avec guérison, même avec un résultat éloigné excellent constaté, il y a lieu à notre avis d'essayer d'employer ce procédé naturel dans le traitement des empyèmes infantiles de nature pneumococcique. Nous ferons remarquer que dans les trois empyèmes à pneumocoques, où M. le Prof. Weill a employé l'expectation on n'a pas eu à noter d'accidents. Nous ne parlons pas ici des deux nourrissons

morts de broncho-pneumonie ; l'âge, la gravité de l'affection pulmonaire, cause de l'empyème, aggravaient singulièrement le pronostic dans ces deux cas ; nous ne les avons d'ailleurs cités que comme vérification anatomique de la résorption.

La régularité et la simplicité avec lesquels évolue l'empyème pneumococcique dans ces trois cas, nous permet donc de dire que, dans certains cas de pleurésie purulente à pneumocoques dans la seconde enfance, tant que l'épanchement n'est pas trop abondant, qu'il ne se manifeste aucun désordre du côté de la respiration ni de la circulation, que l'état général reste bon, il semble qu'on puisse compter sur la résorption spontanée de l'exsudat, dans un délai de six semaines, ainsi que Bouveret l'admet pour la production de la vomique. La plupart du temps ainsi qu'il ressort de nos observations, l'épanchement, s'il ne s'accroît pas d'une façon rapide, aura disparu dans le délai de six semaines ou du moins sera résorbé d'une façon très notable. Au cas d'ailleurs où l'infection pneumococcique serait particulièrement virulente ou des complications naîtraient du côté des fonctions respiratoires ou de l'état général, le médecin qui pratiquerait l'expectation soigneusement surveillée s'en apercevrait bien vite et aurait alors recours à l'intervention. Cette méthode, croyons-nous, a l'avantage d'être éclectique ; elle distingue les cas où la pleurotomie est inutile (guérison à la suite d'une seule ponction) ; elle reste dans les limites où l'intervention est encore précoce et de ce fait ne peut présenter de grands dangers ; elle n'a pas la prétention d'être applicable à tous les cas et reconnaît l'utilité de l'intervention dans des cas déter-

minés. C'est en somme une méthode moins rigide, sachant laisser à la nature les cas où elle guérit très bien et aussi vite que le bistouri de nos chirurgiens.

CONCLUSIONS

La pleurésie purulente à pneumocoques dans la seconde enfance peut se résorber spontanément.

Cette évolution se voit surtout dans les pleurésies métapneumoniques et quand l'épanchement n'est pas très abondant.

L'existence reconnue du pus dans la plèvre par la ponction exploratrice ne doit pas entraîner fatalement l'intervention chirurgicale.

On tiendra compte de l'état général, de la conservation des forces et de l'appétit, de la réaction fébrile. Tant que les phénomènes d'infection seront modérés, on pourra se borner au traitement médical. Si après six semaines, l'épanchement n'est pas résorbé, il y aura indication à faire une intervention qui, dans ce cas, devra être considérée comme restant encore dans les limites d'une intervention précoce.

Vu :

Le Président de la Thèse,

WEILL.

Vu :

Pour le Doyen, l'Assesseur

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 10 février 1903.

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- 1841 BARON. — De la pleurésie dans l'enfance, Th. Paris.
- 1842 BERTON. — Traité pratique des maladies infantiles.
- 1845 BARRIER. — Traité pratique des maladies de l'enfance.
- 1865 VERLIAC. — Rem. sur le diagn. des exp. pleurétiques et les indic. de la thoracentèse chez l'enfant. Th. Paris.
- 1869 DAMASCHINO. — La pleurésie purulente dans le jeune âge. Th. d'agrégation.
- 1869 VOGEL. — Lehrbuch der Kinderkrankheiten.
- 1873 PETER. — Cliniques médicales.
- 1875 Charles WEST. — Traité sur les maladies des enfants, Londres.
- 1877 BOUCHUT. — Traité pratique des maladies des enfants.
- 1878 OTTO LEICHTENSTEIN, dans Lehrbuch der Kinderkrankheiten de Gehrardt.
- 1880 JOHANN STEINER. — Compendium des maladies des enfants.
- 1884 SIMMONDS. — Archiv. für klin. med.
- 1884 BARTHEZ et SANNÉ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants.
- 1885 HENOCH. — Leçons cliniques sur les maladies des enfants, Berlin.

- 1886 GOODLEE. — Lectures ou the surgical treatement of empyema, *Lancet*.
- 1887 Cadet de GASSICOURT. — Traité clinique des maladies des enfants.
- 1888 BOUVERET. — Traité de l'empyème.
- 1890 Anna FINKELSTEIN. — Rem. sur les pleurésies purulentes de l'enfance. *Th. de Paris*.
- 1892 DOEFLER. — Munschener medicinische Wochenschrift. Beitrag zur Empyembehandlung, 8 novembre.
- 1892 HOLT. — Empyema in Children. *Archives of Pediatrics*.
- 1898 NETTER. — Pleurésie purulente. Traité de Grancher, Comby, Marfan.
- 1898 CESTAN. — Thérapeutique des empyèmes.
- 1898 Cadet de GASSICOURT. — Traitement de la pleurésie purulente à pneumocoques chez l'enfant. *Journal des Praticiens*.
- 1899 D'ESPINE et PICOT. — Traité des maladies des enfants.
- 1900 CASTAIGNE. — Pouvoir absorbant de la plèvre. *Presse médicale*, 28 mars.
- 1900 E. WEILL. — Précis de médecine infantile.
- 1901 LANDOUZY et LABBÉ. — Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.
- CABOT. — *Cyclopedia of the diseases of Children* de Keating.

